

愛媛県不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

なお、この申請の審査に必要となる場合は治療内容や助成状況について、県が医療機関やほかの自治体へ照会することに同意します。また、不育症検査費用助成事業受検証明書に記載の検査結果等について県が国に提供し、国において当該情報を集約・分析し施策の検討に活用することに同意します。

記

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日			
申請者	()			年 月 日生 (歳)			
住 所	〒 電話 ()						
備考							
申請額 金 円							
年 月 日 愛媛県知事 様							
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号						(左詰記入)
申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号							

(注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

1. 愛媛県不育症検査費用助成事業受検証明書【医療機関作成】
2. 申請時に愛媛県内に住所を有することが分かる住民票（マイナンバーの記載がなく、3 カ月以内に発行されたもの）
3. 口座振替申込書兼債権者登録票
4. 医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細書
5. 不育症検査費用助成金請求書

(裏)

検査結果等について行政への報告を行うことに関する説明書

1 報告の目的

国では、本検査費用の助成を受けようとする方の不育症検査結果等について、都道府県等を通じた報告の協力を求めています。

これを集計し分析することにより、国は、今後の当該検査の保険適用に向けた検討等に活用することができます。

2 報告の内容・方法

愛媛県から、愛媛県不育症検査費用助成事業受検証明書の内容を国に報告します。

報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について総計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。